

CATEDRA USC SEMERGEN DIABETES 2018

Facultad de Medicina
Universidad Santiago de Compostela

12 mayo



Bloque 1

Sesión interactiva multidisciplinar:

Tu paciente, mi paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2

9.30 – 11.30

Optimización del tratamiento antidiabético: ¿Cómo cambia mi práctica clínica como especialista y como médico de atención primaria?

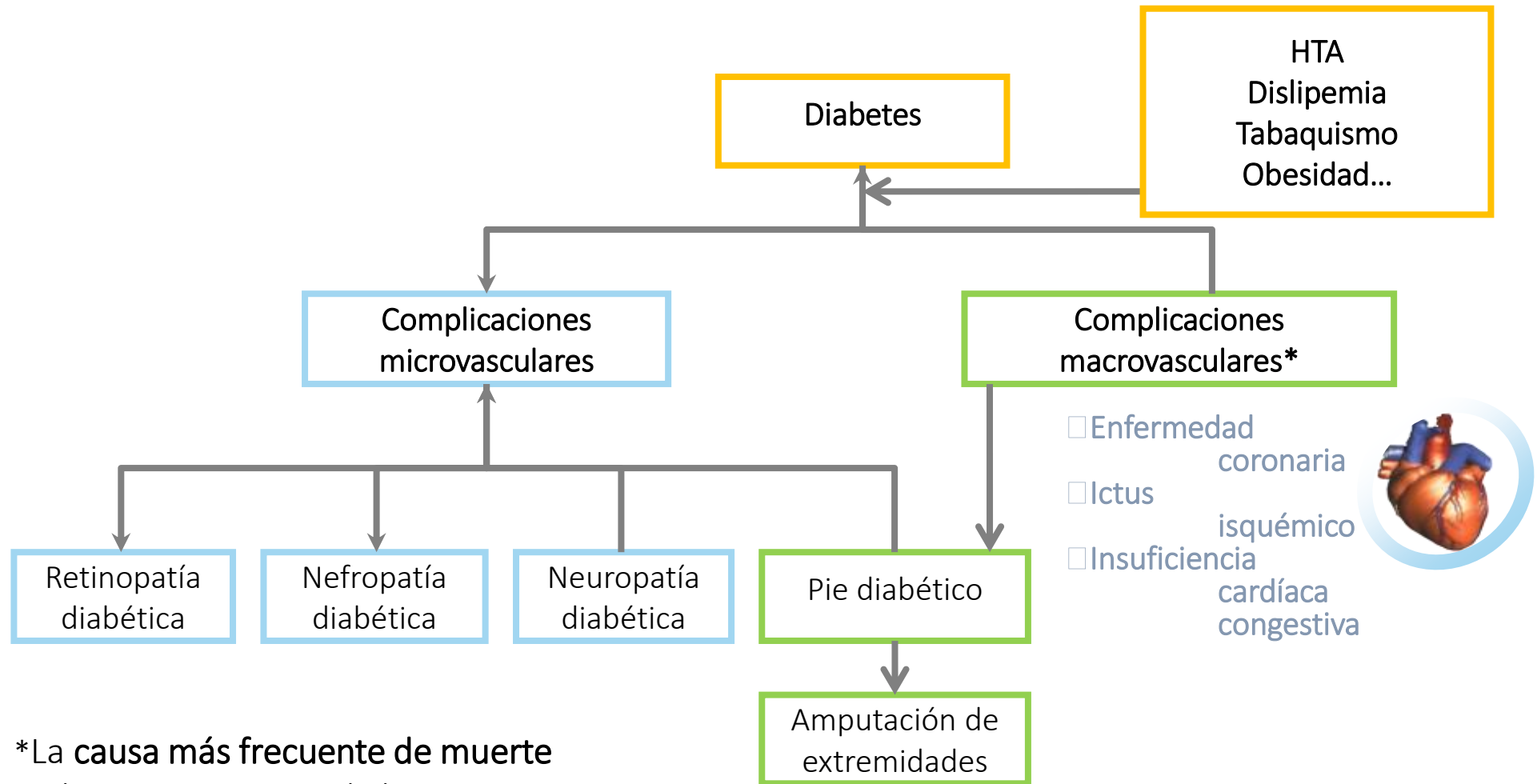
Moderador:

- Dr. José Ángel Rodríguez Fernández. Servicio de Cardiología. Hosp. Abente y Lago, Coruña

Ponentes:

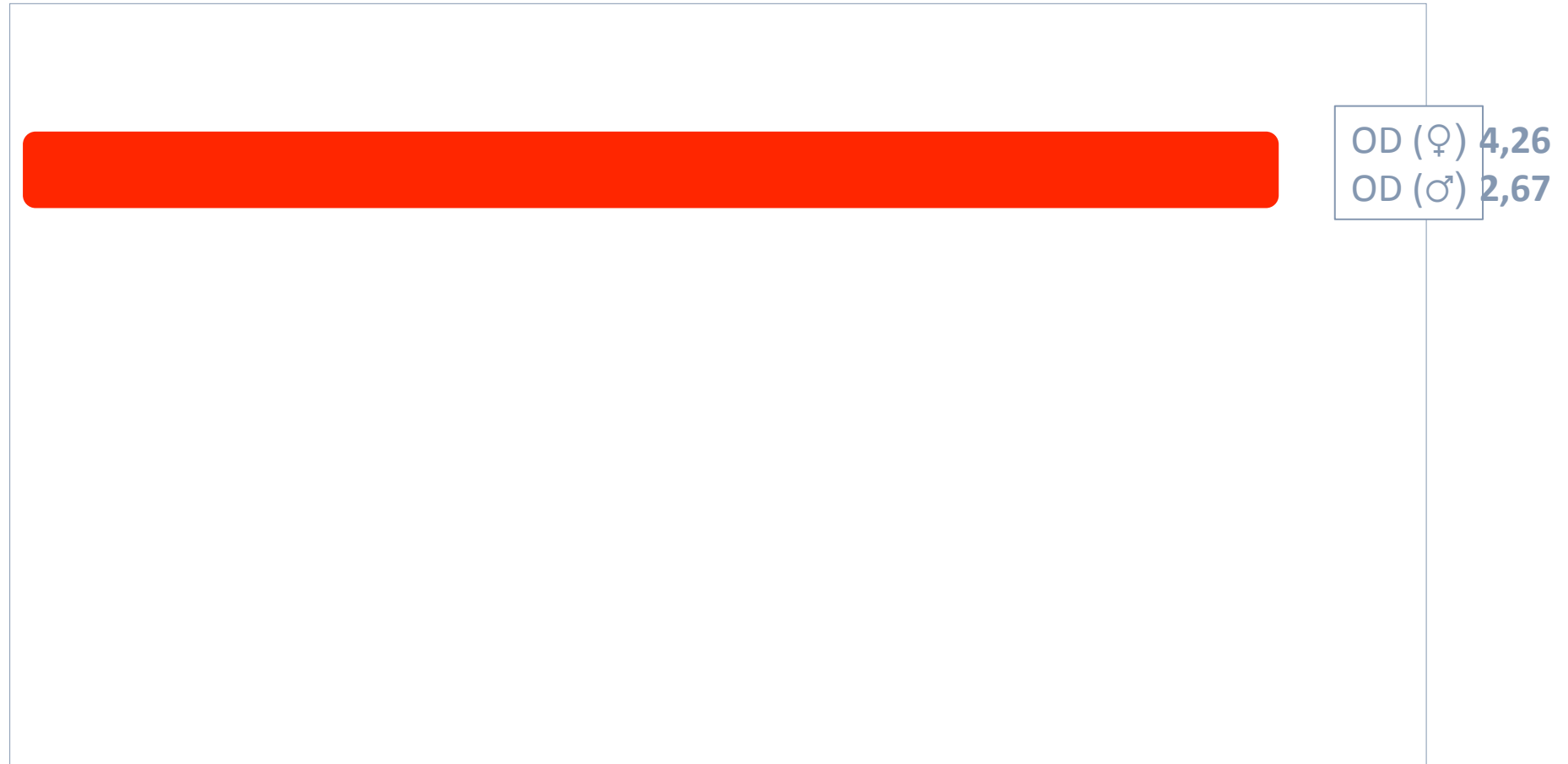
- Dr. Jose Ignacio Cornago Delgado. Servicio de Nefrología. Hosp. Galdakao-Usansolo
- Dra. María José Goñi Iriarte. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hosp. de Navarra
- Dr. José María Fernández Rodríguez. Servicio de Medicina Interna. Hosp. Cangas Narcea, Asturias
- Dr. Sergio Cinza Sanjurjo. Médico de Familia. C.S. Porto do Son, EOXI Santiago de Compostela

Diabetes y enfermedad CV



*La **causa más frecuente de muerte** en los pacientes con diabetes, **50%**

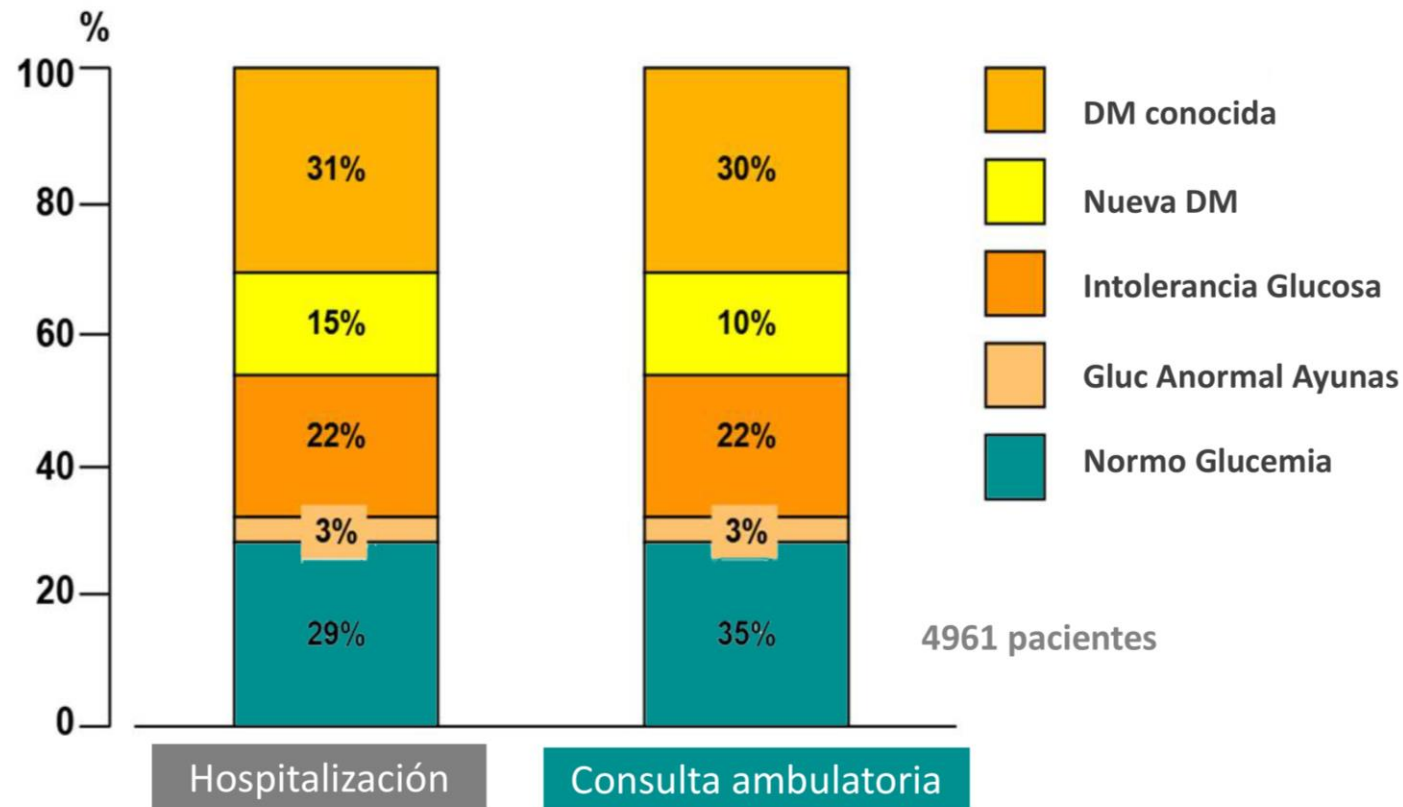
INTERHEART Study, asociación de diversos FR con el IAM



Prevalencia de diabetes en Cardiología

Euro Heart Survey Diabetes and the Heart

Diabéticos atendidos por cardiólogos



¿Qué determina la mortalidad por enfermedad coronaria?

Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012)

Quinto Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre la Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica (constituido por representantes de nueve sociedades y expertos invitados)

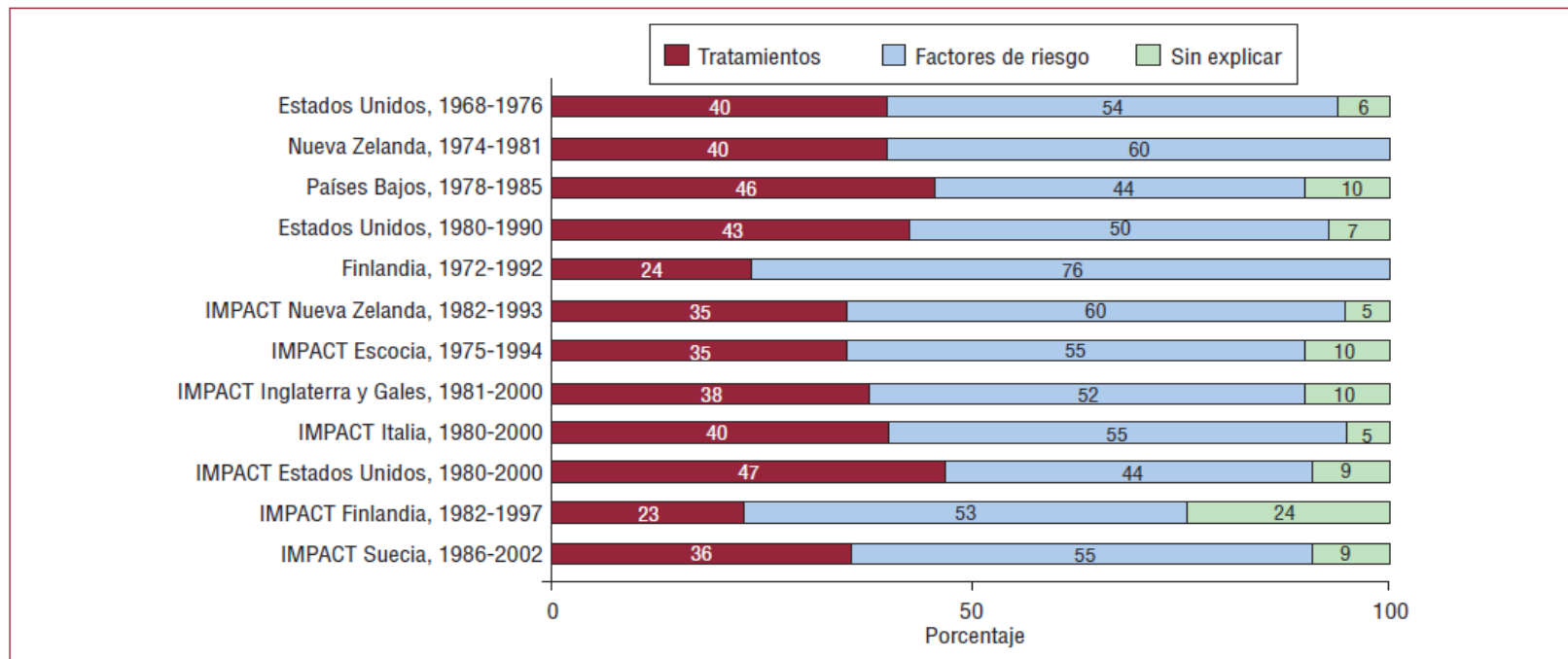
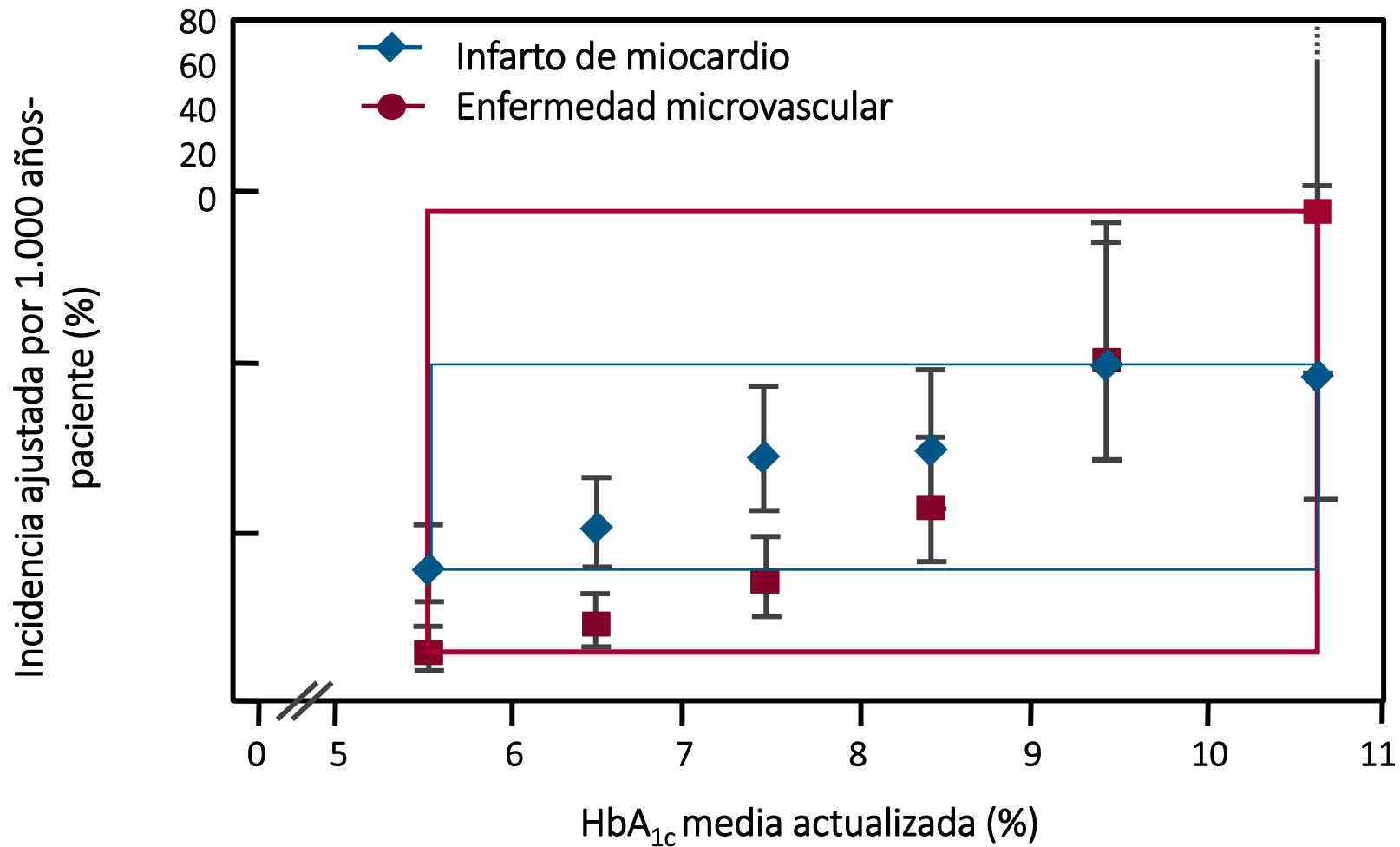
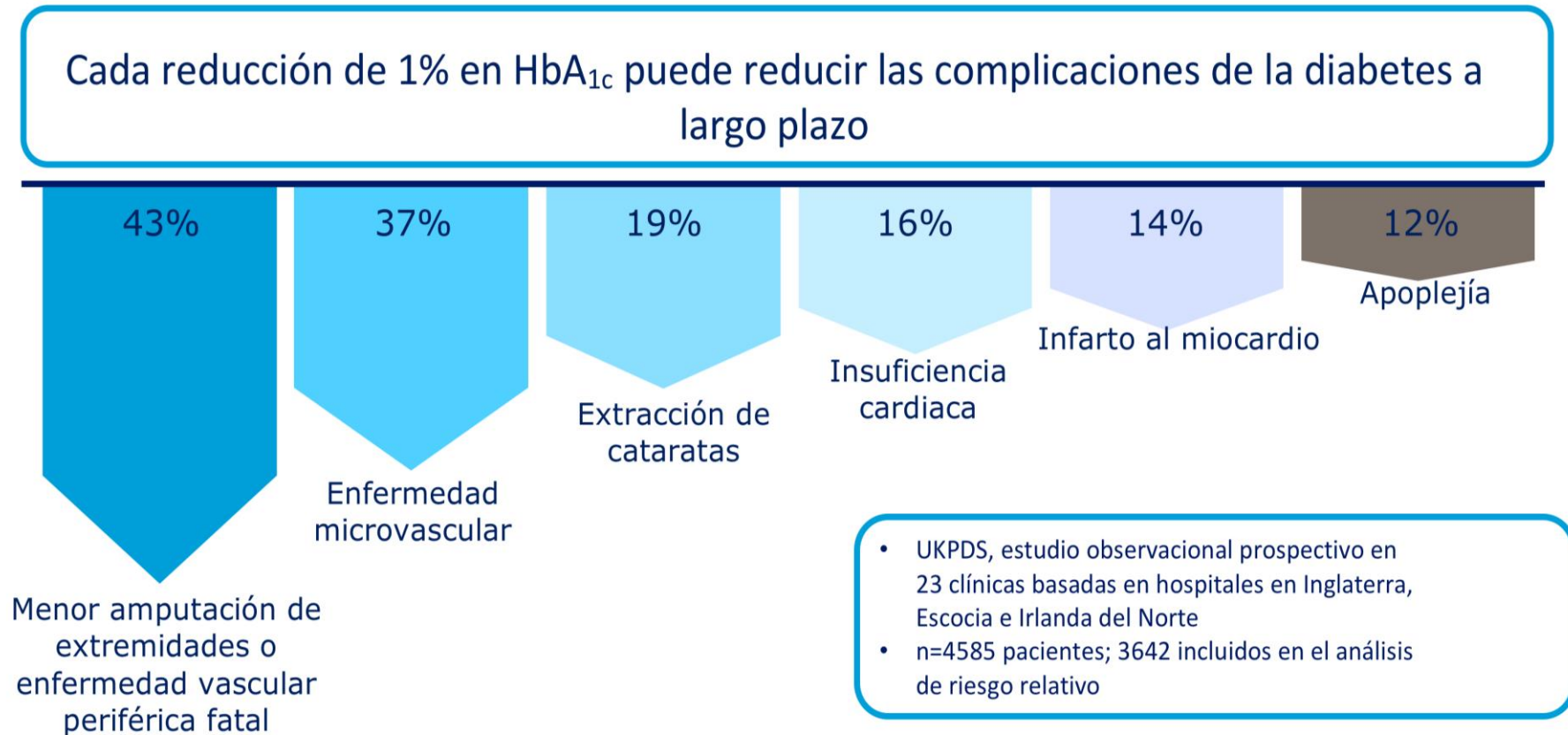


Figura 1. Disminución porcentual de muertes por enfermedad coronaria atribuida a tratamientos y modificaciones en los factores de riesgo en distintas poblaciones (adaptado de Di Chiara et al³¹).

Glucemia y enfermedad microvascular e infarto de miocardio

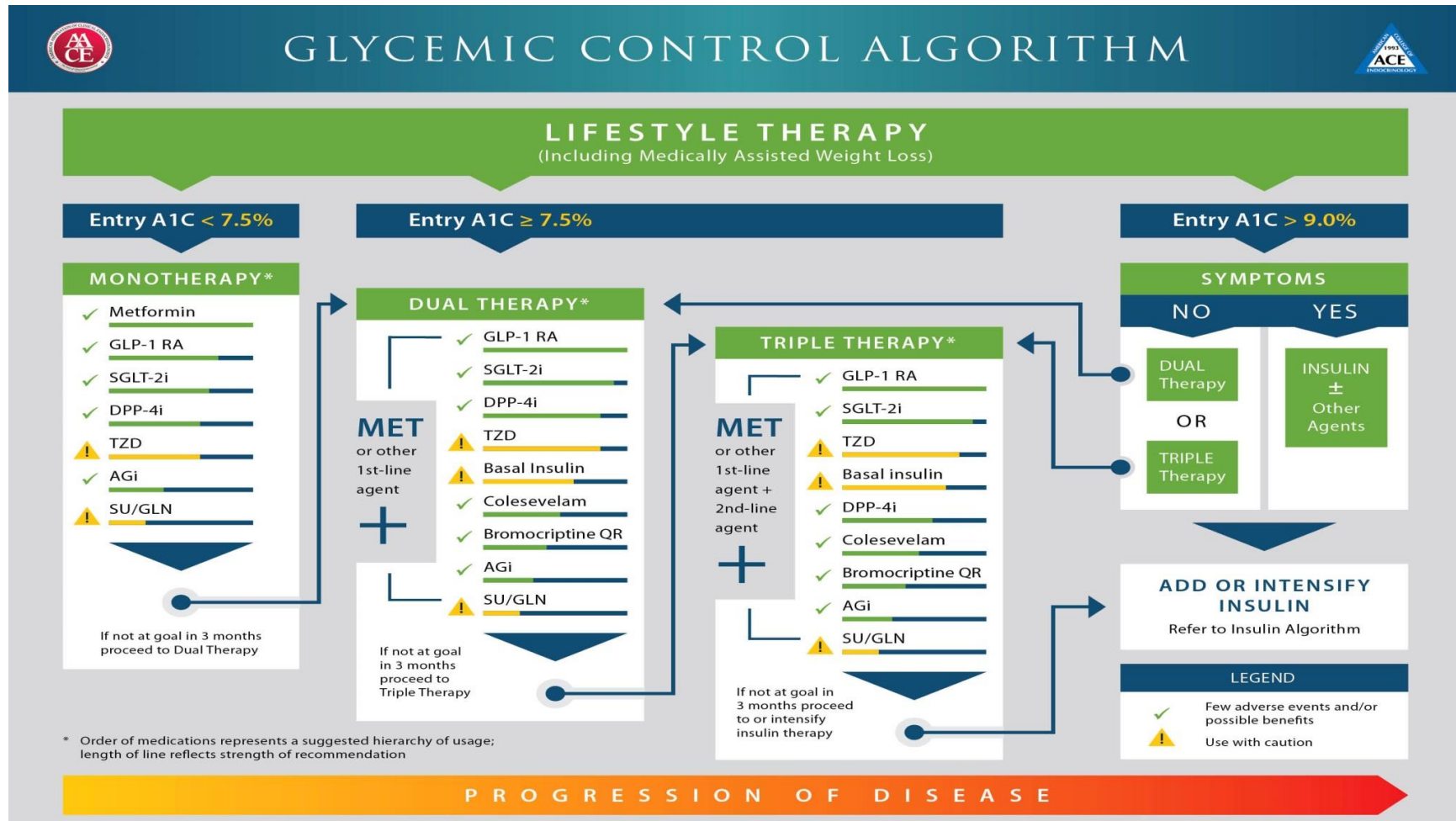


Mejor control glucémico reduce complicaciones a largo plazo



HgA1c, lo más baja posible sin hipoglucemias

AACE / ACE 2016



Impacto del control glucémico intensivo

Study ¹	Baseline HbA _{1c} Control vs intensive	Mean duration of diabetes at baseline (years)	Microvascular		CVD		Mortality	
UKPDS	9%→7.9% vs 7%	Newly diagnosed	↓	↓	↔	↓	↔	↓
ACCORD ¹⁻³	8.3%→7.5% vs 6.4%	10.0	↓*		↔			↑
ADVANCE	7.5%→7.3% vs 6.5%	8.0	↓	↔**	↔	↔	↔	↔
VADT	9.4%→8.4% vs 6.9%	11.5	↓	?	↔	↓	↔	↔

Long-term follow-up^{1,4,5}

*No change in primary microvascular composite but significant decreases in micro/macroalbuminuria^{2,3}

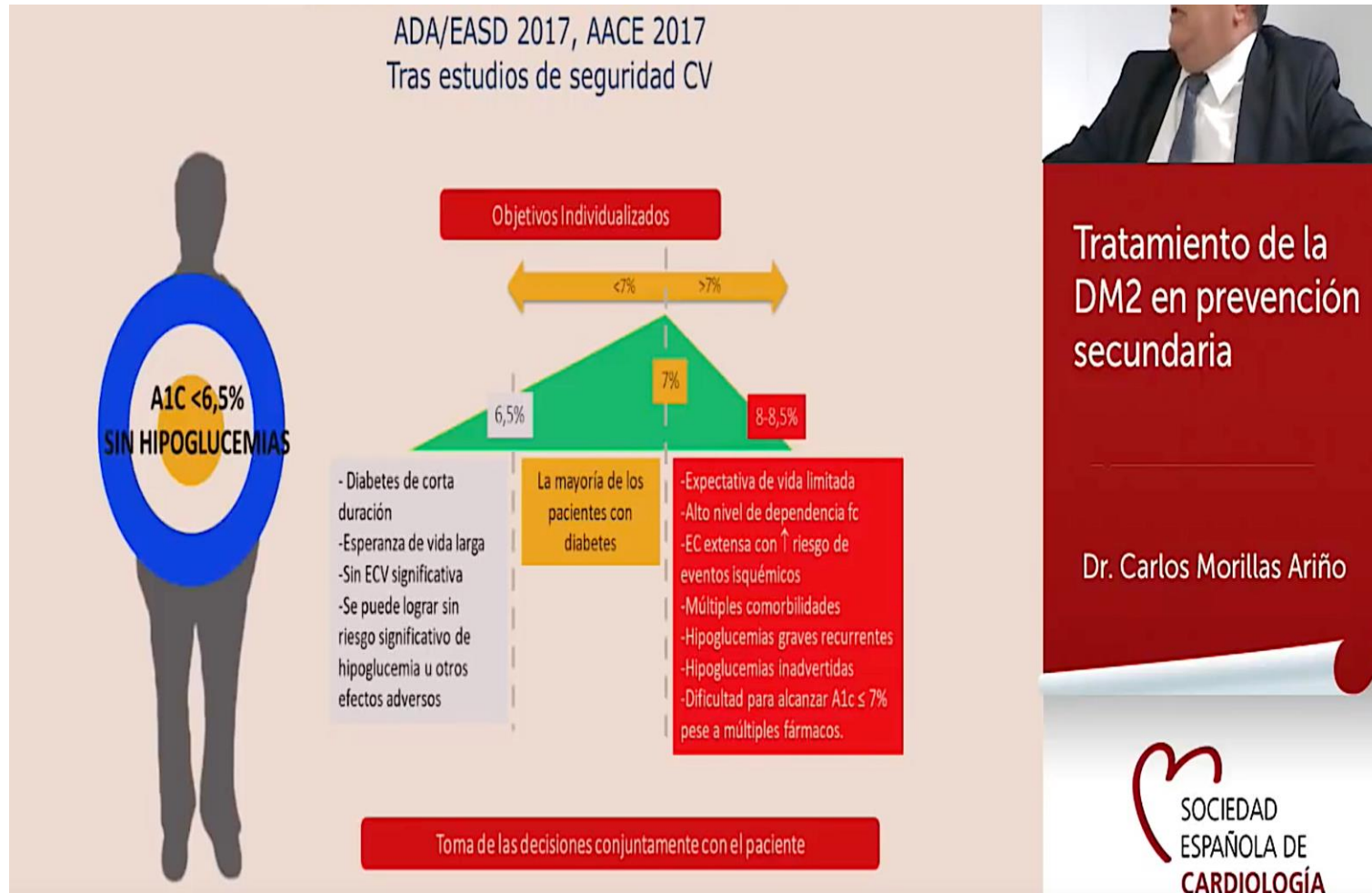
**No change in major clinical microvascular events but significant reduction in ESRD (p = 0.007)⁴

Tratamiento de la
DM2 en prevención
secundaria

Dr. Carlos Morillas Ariño

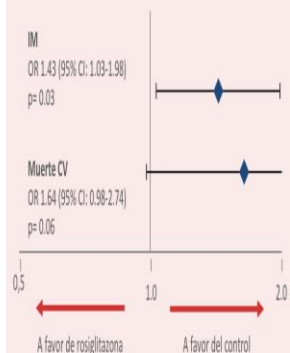
SOCIEDAD

Objetivos del tratamiento en la DM2



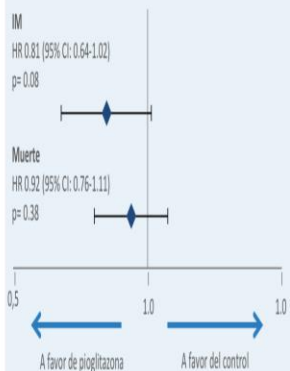
Seguridad CV de las glitazonas

Meta-análisis Rosiglitazona



Nissen SE y Wolski J. N Engl J Med. 2007; 356: 2457-2471

Meta-análisis Pioglitazona



Lincoff AM, et al. JAMA. 2007; 298: 1180-1188



Nota informativa

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AEMPS

**ROSIGLITAZONA (AVANDIA®, ΔAVAGLIM®,
ΔAVANDAMET®): SUSPENSIÓN DE
COMERCIALIZACIÓN EL PRÓXIMO 29 DE
DICIEMBRE**

Información para profesionales sanitarios

Fecha de publicación: 23 de diciembre de 2010

Categoría: MEDICAMENTOS USO HUMANO, SEGURIDAD

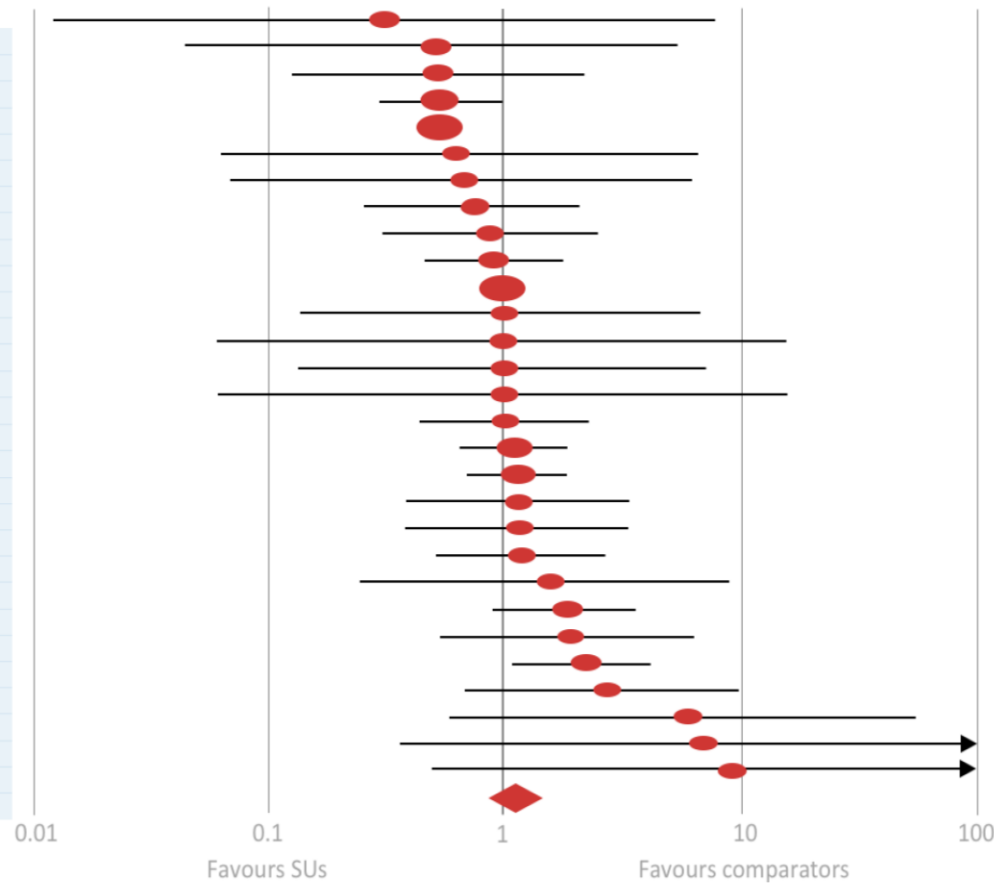
Referencia: MUH (FV), 18 (2010)

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) informa a los profesionales sanitarios sobre la suspensión de comercialización de los medicamentos que contienen rosiglitazona (Avandia®, ΔAvaglim®, ΔAvandamet®) con fecha efectiva el 29 de diciembre de 2010.

Seguridad CV de las sulfonilureas

First author (year)

Birkeland 1996
Chou 2008
Perriello 2006
Gerstein 2010
UKPDS 33 1998
Hanefeld 2007
Seino 2010
Charbonnel 2005
Matthews 2005
Rubin 2008
Home 2009
Archavaleta 2011
va der Laar 2004
Mazzone 2006
Riddle 1998
Giles 2010
Tolman 2009
Kahn 2006
Goke 2010
Garber 2009
Nissen 2008
Ristic 2007
Ferrannini 2009
Bakris 2006
Gallwitz 2012
Jain 2006
Johnston 1998
Nauck 2011
Seck 2010
Overall



Total # patients*

Total # events*

36	1
452	3
283	9
672	55
3041	610
587	4
400	4
630	14
1250	15
1805	46
2222	312
1035	4
96	2
458	4
145	2
300	26
2097	61
4351	72
858	13
495	13
543	24
262	5
2789	34
374	11
1551	38
502	11
272	4
801	3
1172	4
29,783	1495

*SU + grupo comparador combinados

Inhibidores DPP-4, estudios de seguridad

SAVOR-TIMI 53

NEJM 2013; 369: 1317-26

EXAMINE

NEJM 2013; 369: 1327-35

TECOS

NEJM 2015; 373: 232-42

Empa-REG OUTCOME, resultados

↓ ↓ ↓ ↓ RR 14% ↓ ↓ □

↓ ↓ ↓ ↓ RR 38% ↓ ↓ □

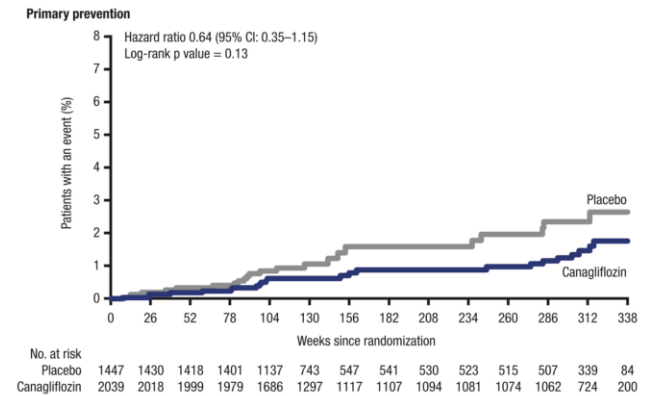
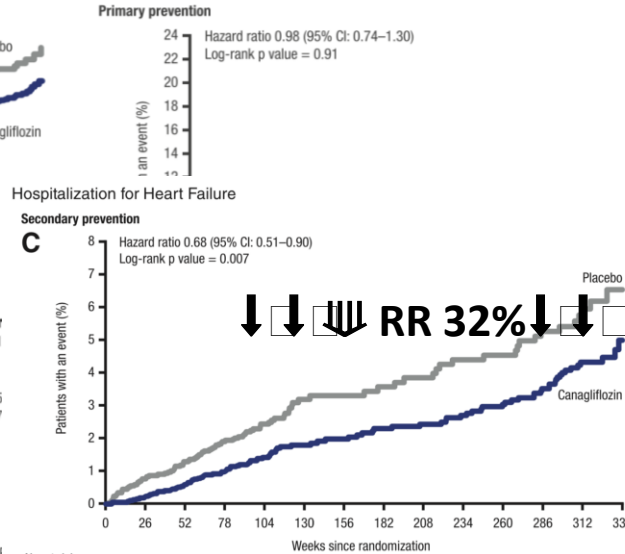
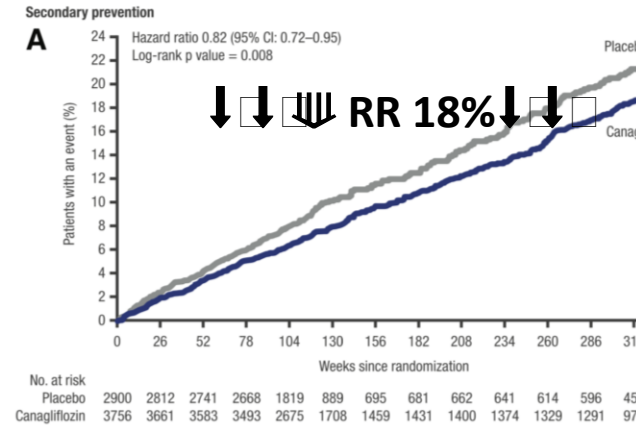
↓ ↓ ↓ ↓ RR 32% ↓ ↓ □

↓ ↓ ↓ ↓ RR 35% ↓ ↓ □

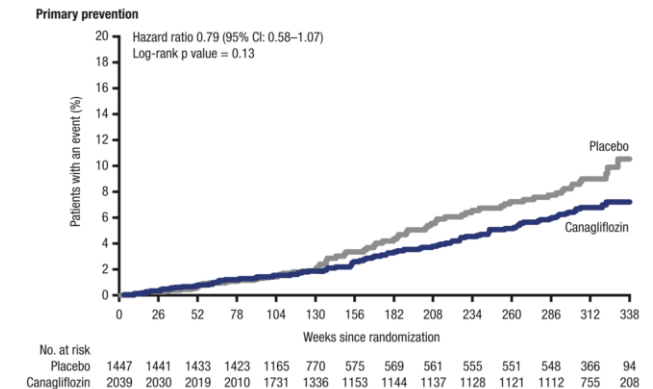
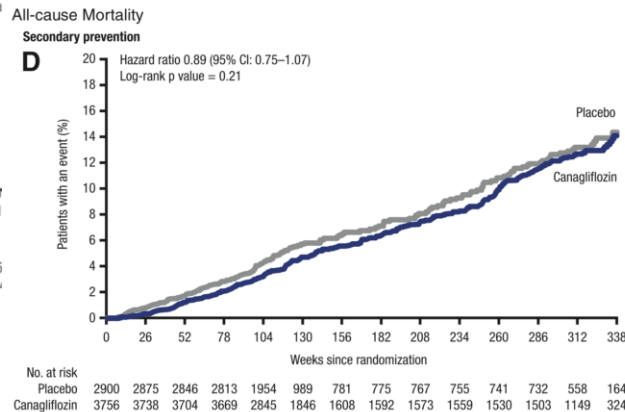
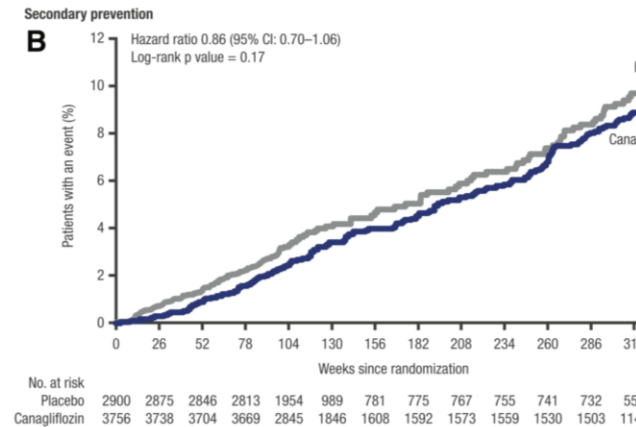
Guías prevención CV ESC 2016

CANVAS, resultados

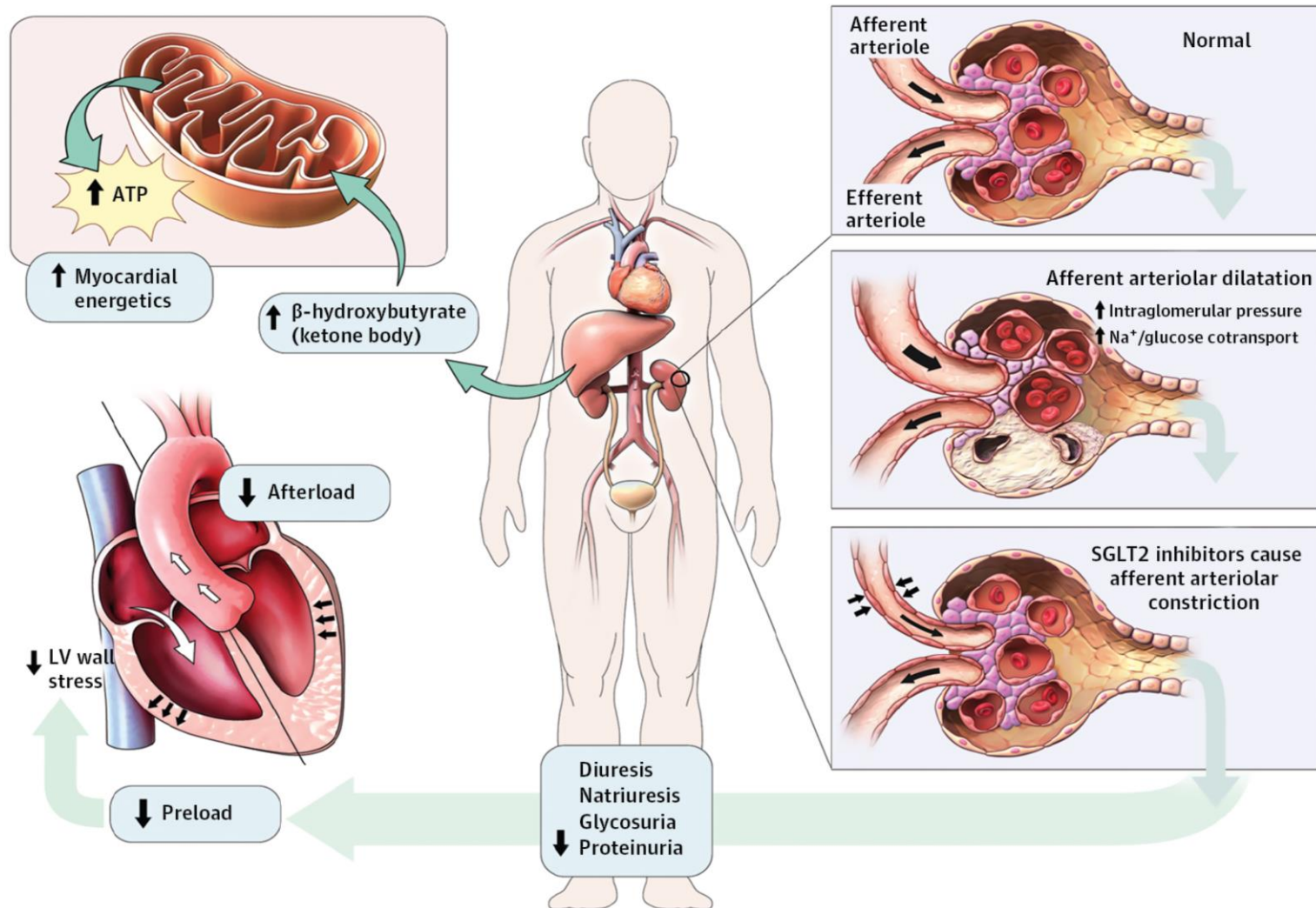
Cardiovascular Death, Nonfatal MI, or Nonfatal Stroke



Cardiovascular Death

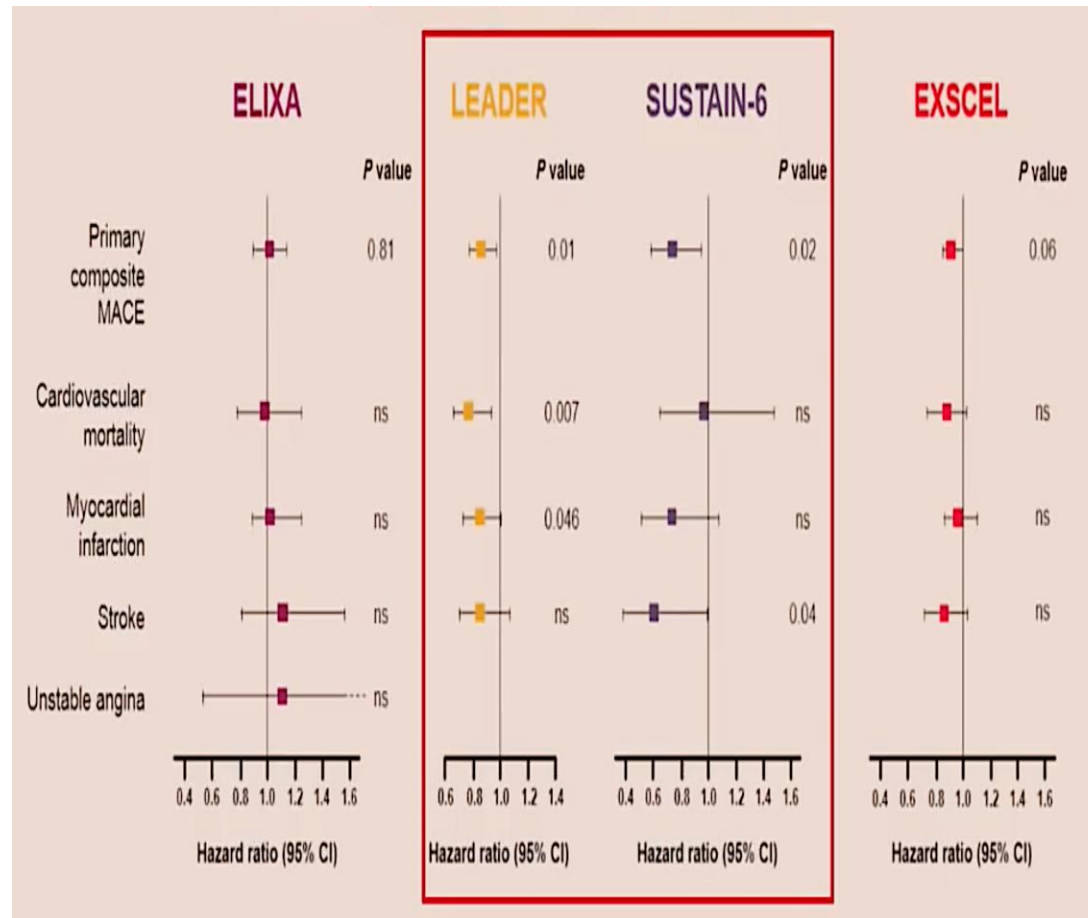


Potenciales mecanismos beneficiosos de los iSGLT2



↓↓ TA, ↓↓ Peso, nefroprotección

Agonistas receptor GLP-1, resultados



Tratamiento de la
DM2 en prevención
secundaria

Dr. Carlos Morillas Ariño

SOCIEDAD

Resultados CV de los últimos estudios con antidiabéticos

	Inhibidores del SGLT-2		Agonistas del receptor GLP-1			Inhibidores de la DPP-4		
Estudio	EMPA-REG OUTCOME	Programa CANVAS	ELIXA	LEADER	SUSTAIN	SAVOIR	EXAMINE	TECOS
Fármaco	Empagliflozina	Canagliflozina	Lixisenatide	Liraglutide	Semaglutide	Saxagliptina	Alogliptina	Sitagliptina
3P-MACE	0,86* 0,74-0,99	0,86* 0,75-0,97	1,02 0,89-1,17	0,87* 0,78-0,97	0,74* 0,58-0,95	1,0 0,89-1,08	0,96 Sobre 1,16	0,98^ 0,89-1,08
Muerte CV	0,62* 0,70-0,77	0,87 0,72-1,06	0,98 0,78-1,22	0,78* 0,66-0,93	0,98 0,65-1,48	1,03 0,87-1,22	0,79 0,60-1,04	1,03 0,89-1,19
Infarto no fatal	0,67* 0,70-1,09	0,85 0,69-1,05	1,03* 0,87-1,22	0,88 0,75-1,03	0,74 0,51-1,08	1,95 0,80-1,12	1,08 0,88-1,33	0,95* 0,81-1,11
ACV no fatal	1,24 0,92-1,67	0,90 0,71-1,15	1,12* 0,79-1,58	0,89 0,72-1,11	0,61* 0,38-0,99	1,11 0,88-1,39	0,91 0,55-1,50	0,97* 0,89-1,08
Hospitalización por IC	0,65* 0,50-0,85	0,67 0,52-0,87	0,96 0,75-1,23	0,87 0,73-1,05	1,11 0,77-1,61	1,27* 1,07-1,51	1,07 0,78-1,15	1,00 0,83-1,20
Muerte por todas las causas	0,68* 0,57-0,82	0,87 0,74-1,01	0,94 0,78-1,13	0,85* 0,74-0,97	1,05 0,74-1,50	1,11 0,96-1,27	0,88 0,71-1,09	1,01 0,90-1,14

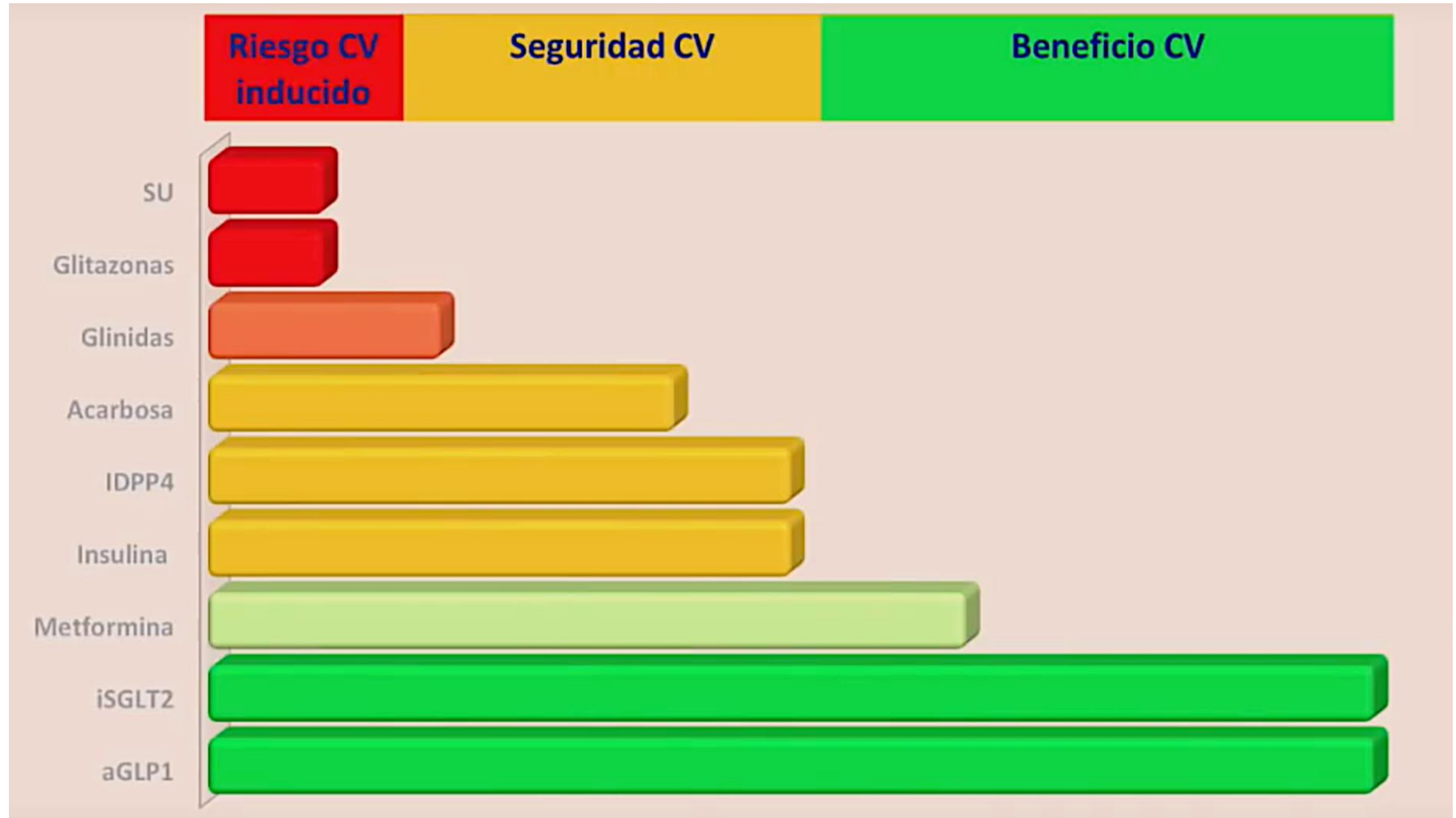
tadísticamente significativo, + ACV e infarto fatal y no fatal, ^ TECOS tuvo análisis 4P-MACE. Scirica BM et al. N Engl J Med 2013;369:1317; White WB et al. N Engl J Med 3;369:1327; Pfeffer MA et al. N Engl J Med 2015;373:2247; Green JB et al. N Engl J Med 2015;373:232; Zinman B et al. N Engl J Med 2015;373:2117; Marso SP, et al. N Engl J Med. 2016;375(4):311-22; Marso SP, et al. N Engl J Med. 2016;375(19):1834-44. Buse N, et al. M Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa1611925

Tratamiento de la
DM2 en prevención
secundaria

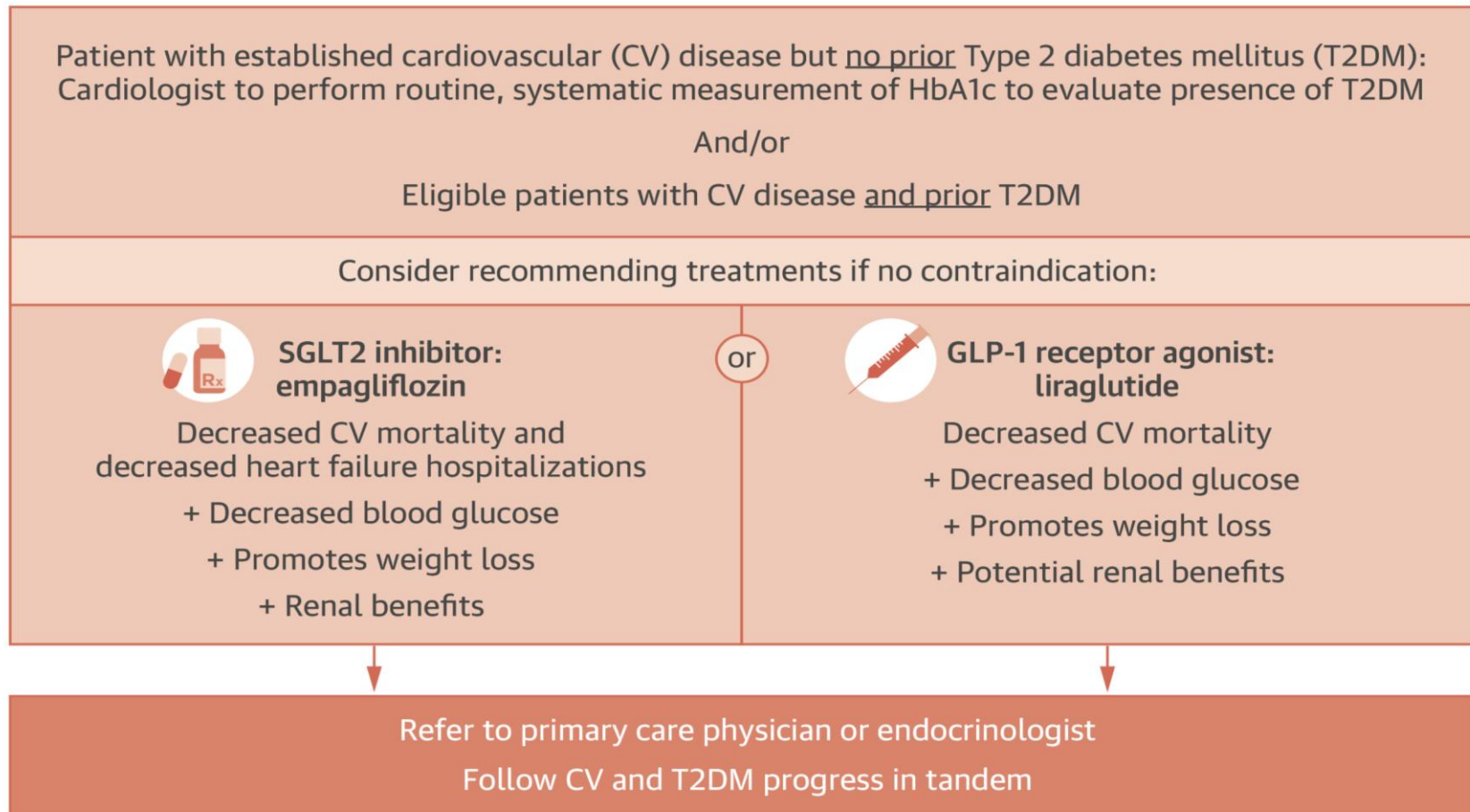
Dr. Juan José Gómez Doblas

SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA

Fármacos antidiabéticos, riesgo y beneficio



Nuevo paradigma en el manejo de la enfermedad CV y DM2



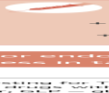
CENTRAL ILLUSTRATION Novel Paradigm for Care of the Patient With CV Disease and T2DM

Established cardiovascular (CV) disease but no prior Type 2 diabetes mellitus (T2DM):
Cardiologist to perform routine, systematic measurement of HbA1c to evaluate presence of T2DM

And/or

Eligible patients with CV disease and prior T2DM

Consider recommending treatments if no contraindication:

 SGLT2 inhibitor: empagliflozin	or	 GLP-1 receptor agonist: liraglutide
Decreased CV mortality and decreased heart failure hospitalizations + Decreased blood glucose + Promotes weight loss + Renal benefits		Decreased CV mortality + Decreased blood glucose + Promotes weight loss + Potential renal benefits

↓ ↓

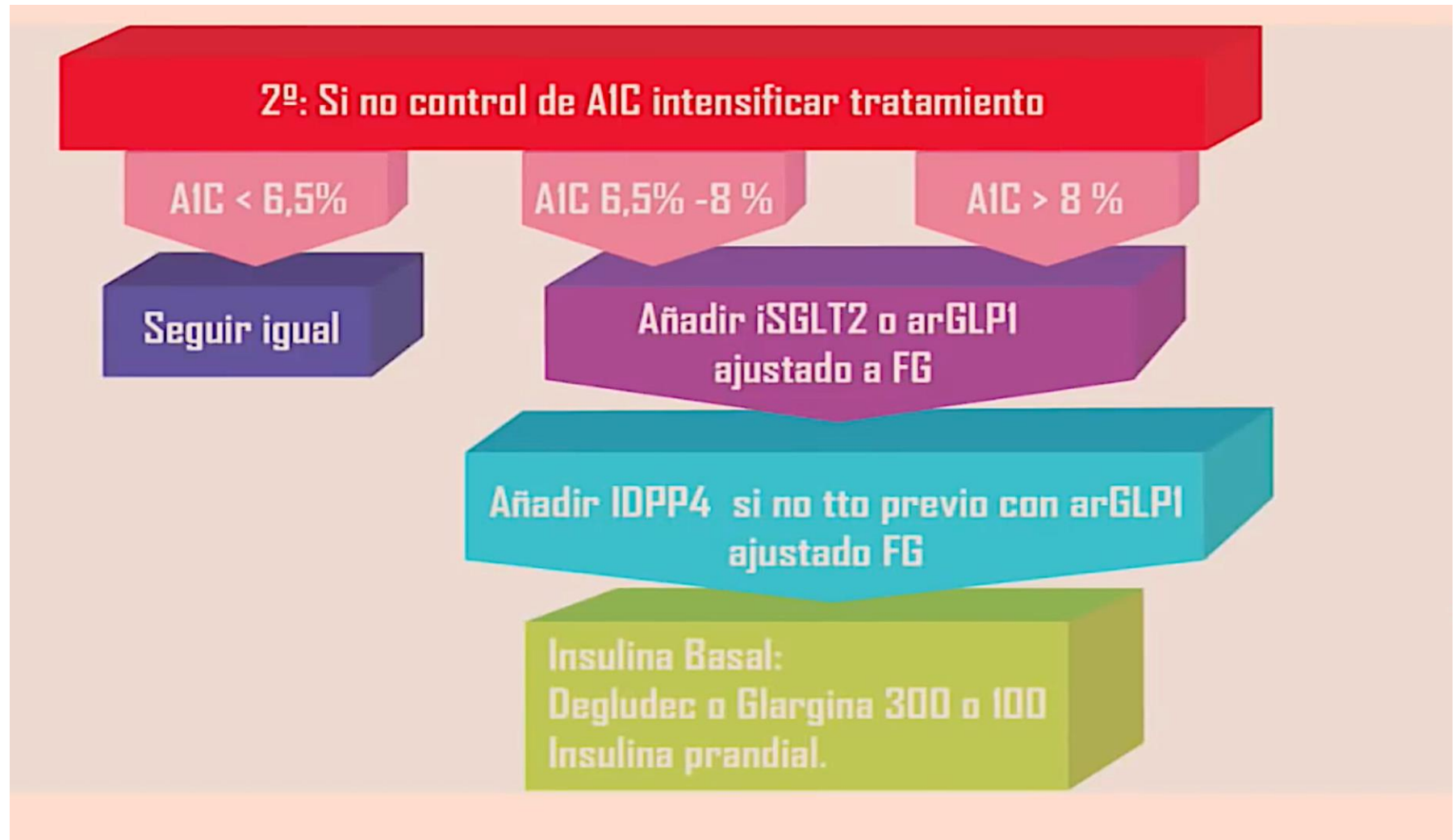
Refer to primary care physician or endocrinologist
Follow CV and T2DM progress in tandem

Saltar, R. et al. J Am Coll Cardiol. 2017;69(21):2646-56.
The paradigm will need to take a more active role in patient care by more frequently looking for T2DM using HbA1c in patients with CV disease to identify who is eligible to receive care by an endocrinologist. SGLT = sodium glucose cotransporter; T2DM = type 2 diabetes mellitus.



Consenso manejo DM2 en pacientes con enfermedad CV

Grupo de trabajo de DM de la SEC



Cambio de paradigma en la DM2 con enfermedad CV

